****

**EZ/188/2023/MW**

**Załącznik nr 2.2 do SWZ**

**Załącznik nr ......... do Umowy**

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW I WARUNKÓW TECHNICZNYCH**

**Pakiet nr 2**

**Fotel ginekologiczny – 2 szt.**

**Zadanie nr 1 – Fotel ginekologiczny typ I**

Producent …………………………………………………………………………………..

Model urządzenia ………………………………………………………..

Nazwa produktu / Model / Typ / Nr katalogowy ……………………………………..…………………

Kraj pochodzenia …………………………………………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis parametrów wymaganych** | **Wymagana odpowiedź****Tak/ Nie** | **Opis parametrów oferowanych** |
| 1. | Fotel ginekologiczny fabrycznie nowy, nieużywany | TAK  |  |
| 2. | Rok produkcji: 2023 | TAK, PODAĆ |  |
| 3. | Certyfikat WE / deklaracja zgodności CE na oferowany sprzęt. | Tak, podać numer oraz datę wystawienia |  |
| 4. | Siedzisko, sekcja pleców oraz sekcja głowy wyłożone wygodnym materacem w ergonomicznym kształcie. Materace klejone bezszwowo z możliwością wymiany całych paneli. | TAK |  |
| 5. | Podstawa fotela o wymiarach 1150 x 600 mm ±50mm umożliwiająca stabilną pracę. | TAK, PODAĆ |  |
| 6. | Szerokość siedziska: min. 580 mm ± 20mmSzerokość sekcji pleców: min. 660 mm ± 20mm | TAK, PODAĆ |  |
| 7. | Długość fotela w pozycji horyzontalnej. min 1260 mm | TAK, PODAĆ |  |
| 8. | Maksymalne bezpieczne obciążenie fotelamin. 280 kg | TAK, PODAĆ Obciążenie ≥ 300kg – 10 pkt.Obciążenie >280 g – 0 pkt. |  |
| 9. | Powierzchnia materacy łatwa w czyszczeniu, dostępna w szerokiej palecie kolorów. Minimum 12 kolorów. Wybór koloru przez użytkownika po podpisaniu umowy | TAK, PODAĆ |  |
| 10. | Elektryczna niezależna regulacja wysokości fotela, kąta nachylenia siedziska oraz kąta nachylenia oparcia | TAK |  |
| 11. | Możliwość szybkiej zmiany pozycji fotela przy pomocy panelu nożnego. Maksymalnie 6 przycisków | TAK, PODAĆ |  |
| 12. | Pamięć min 8 pozycji ustawień fotela. | Tak, PODAĆPamięć ≥ 8 pozycji - 0 pkt.Pamięć ≥ 12 pozycji – 10 pkt. |  |
| 13. | Łagodny start oraz ergonomiczne ruchy fotela podczas zmiany pozycji | TAK |  |
| 14. | Regulacja wysokości w zakresie min. 490mm-930mm dzięki kolumnie teleskopowej | Tak, PODAĆNajniższa pozycji < 490mm - 10 pktNajniższa pozycja ≥ 490mm – 0 pkt. |  |
| 15. | Elektryczna regulacja pochylenia sekcji pleców w zakresie min. 0 - 60° | TAK, PODAĆ |  |
| 16. | Pozycja startowa fotela umożliwia pacjentce łatwe zajęcie miejsca bez potrzeby stosowania podnóżka | TAK |  |
| 17. | Możliwość ustawienia elektrycznego pozycji Trendelenburga 18°± 2° | TAK, PODAĆ |  |
| 18. | Zasilanie fotela 230V, 50Hz | TAK |  |
| 19. | Możliwość mocowania rolki z prześcieradłem jednorazowym pod pokrywą sekcji pleców | TAK |  |
| 20. | Możliwość demontażu siedziska w celu łatwiejszego czyszczenia | TAK |  |
| 21. | Podpory pod nogi pacjentki typu Goepla mocowane do szyn bocznych w sekcji siedziska | TAK |  |
| 22. | Waga netto fotela bez akcesoriów: <120, 170 >kg | TAK, PODAĆ |  |
| 23. | Miska ze stali nierdzewnej o głębokości minimum 60mm ± 10mm | TAK, PODAĆ |  |
| 24. | Płyta umożliwiająca ułożenie pacjentki w pozycji horyzontalnej – wysuwana spod siedziska. Długość minimum 320mm ± 20mm | TAK, PODAĆ |  |
| 25. | Szyny boczne w sekcji oparcia, długość min. 220mm | TAK, PODAĆ |  |
| 26. | Podnóżek na nogi lekarza ze stali nierdzewnej | TAK |  |
| 27. | Podgłówek dla pacjentki w kolorze tapicerki fotela, demontowany. | TAK |  |
| 28. | 4 koła z czego min. 2 z hamulcem | TAK, PODAĆKoła niewystające poza obrys podstawy – 10 pkt. Koła wystające poza obrys podstawy – 0 pkt. |  |
| 29. | Wózek do transportu pacjentki na badanie w pozycji siedzącej – 1 szt. | Tak, PODAĆ MODEL |  |
| 30. | Okres gwarancji minimum 24 miesiące licząc od dnia wydania Zamawiającemu towaru zgodnego z umową. | **TAK 24 miesiące gwarancji**Dodatkowy okres gwarancji ponad minimalny należy podać w formularzu ofertowym | *Dodatkowy okres gwarancji będzie punktowany zgodnie z kryterium oceny ofert opisanym pkt.38 SWZ* |
| 31. | Instrukcja obsługi w języku polskim *(załączyć wraz z dostawą sprzętu)* | TAK |  |
| 32. | Instrukcja czyszczenia/dezynfekcji urządzenia dostarczana na etapie dostawy urządzenia | TAK |  |
| 33. | Karta gwarancyjna *(załączyć wraz z dostawą sprzętu)* | TAK |  |

Serwis gwarancyjny i pogwarancyjny prowadzi………………………..………………....... (uzupełnić)

Parametry wymagane stanowią parametry graniczne / odcinające – nie spełnienie nawet jednego z w/w parametrów spowoduje odrzucenie oferty. Brak opisu traktowany będzie jako brak danego parametru w oferowanej konfiguracji urządzenia.

Oświadczamy, że oferowane, powyżej wyspecyfikowane, urządzenie jest kompletne i po zainstalowaniu będzie gotowe do pracy zgodnie z przeznaczeniem bez żadnych dodatkowych zakupów inwestycyjnych.

**Zadanie nr 2 – Fotel ginekologiczny typ II**

Producent …………………………………………………………………………………..

Model urządzenia ………………………………………………………..

Nazwa produktu / Model / Typ / Nr katalogowy ……………………………………..…………………

Kraj pochodzenia …………………………………………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis parametrów wymaganych** | **Wymagana odpowiedź****Tak/ Nie** | **Opis parametrów oferowanych** |
| 1. | Fotel ginekologiczny fabrycznie nowy, nieużywany. | TAK  |  |
| 2. | Rok produkcji: 2023 | TAK, PODAĆ |  |
| 3. | Siedzisko, sekcja pleców oraz sekcja głowy wyłożone wygodnym materacem w ergonomicznym kształcie. Materace klejone bezszwowo z możliwością wymiany całych paneli.  | TAK |  |
| 4. | Regulacja wysokości i pochylenia fotela za pomocą jednego siłownika elektrycznego | TAK |  |
| 5. | Podstawa fotela umożliwiająca stabilną pracę o wymiarach 1130 x 600 mm ±50mm | TAK, PODAĆ |  |
| 6. | Szerokość siedziska: min.595 mmSzerokość sekcji pleców: min 650 mm | TAK, PODAĆ |  |
| 7. | Maksymalne bezpieczne obciążenie fotela min.240 kg | Tak, podaćObciążenie ≥ 250kg – 10 pkt.Obciążenie ≥240 kg – 0 pkt |  |
| 8. | Powierzchnia materacy łatwa w czyszczeniu, dostępna w szerokiej palecie kolorów. Minimum 16 kolorów. | Tak, Wybór spośród ≤ 16 kolorów – 0 pkt. Wybór spośród > 16 kolorów – 10 pkt. |  |
| 9. | Możliwość szybkiej zmiany pozycji fotela przy pomocy panelu nożnego. | TAK |  |
| 10. | Łagodny start oraz ergonomiczne ruchy fotela podczas zmiany pozycji | TAK |  |
| 11. | Regulacja wysokości siedziska w zakresie 565 mm-1000 mm ±50mm za pomocą pozycji Trendelenburga  | TAK, PODAĆ |  |
| 12. | Najniższa pozycja siedziska maksimum 570mm | Tak, podaćNajniższa pozycja < 570mm – 10 pkt. Najniższa pozycja = 570mm – 0 pkt. |  |
| 13. | Pozycja startowa fotela umożliwia pacjentce łatwe zajęcie miejsca bez potrzeby stosowania podnóżka  | TAK |  |
| 14. | Możliwość elektrycznego ustawienia pozycji Trendelenburga  | TAK |  |
| 15. | Zasilanie fotela 100-240V, 50/60 Hz, maks. 0,94 kW, kabel zasilający 3 m | TAK, PODAĆ |  |
| 16. | Możliwość mocowania rolki z prześcieradłem jednorazowym pod pokrywą sekcji pleców z możliwością wyłożenia prześcieradła jednorazowego na całej długości fotela, na sekcji pleców i siedziska oraz tylko na sekcji siedziska | TAK |  |
| 17. | Możliwość demontażu siedziska w celu łatwiejszego czyszczenia | TAK |  |
| 18. | Podpory pod nogi pacjentki typu Goepel mocowane na szynach w sekcji siedziska  | TAK |  |
| 19. | Miska ze stali nierdzewnej o głębokości minimum 65mm | TAK, PODAĆ |  |
| 20. | Podgłówek dla pacjentki | TAK |  |
| 21. | Waga netto fotela bez akcesoriów: do 100 kg | TAK, PODAĆ |  |
| 22. | Wsparcie dla stóp operatora | TAK |  |
| 29. | Wózek do transportu pacjentki na badanie w pozycji siedzącej – 1 szt. | Tak, PODAĆ MODEL |  |
| 30. | Certyfikat WE / deklaracja zgodności CE na oferowany sprzęt. | Tak, podać numer oraz datę wystawienia |  |
| 31. | Okres gwarancji minimum 24 miesiące licząc od dnia wydania Zamawiającemu towaru zgodnego z umową. | **TAK 24 miesiące gwarancji**Dodatkowy okres gwarancji ponad minimalny należy podać w formularzu ofertowym | *Dodatkowy okres gwarancji będzie punktowany zgodnie z kryterium oceny ofert opisanym pkt.38 SWZ* |
| 32. | Instrukcja obsługi w języku polskim *(załączyć wraz z dostawą sprzętu)* | TAK |  |
| 33. | Karta gwarancyjna *(załączyć wraz z dostawą sprzętu)* | TAK |  |

Serwis gwarancyjny i pogwarancyjny prowadzi………………………..………………....... (uzupełnić)

Parametry wymagane stanowią parametry graniczne / odcinające – nie spełnienie nawet jednego z w/w parametrów spowoduje odrzucenie oferty. Brak opisu traktowany będzie jako brak danego parametru w oferowanej konfiguracji urządzenia.

Oświadczamy, że oferowane, powyżej wyspecyfikowane, urządzenie jest kompletne i po zainstalowaniu będzie gotowe do pracy zgodnie z przeznaczeniem bez żadnych dodatkowych zakupów inwestycyjnych.